Martinez (J. G.)

Facultad de Medicina de México

ESTUDIO

DEL

EPITELIOMA Ó CANCROIDE

TÉSIS INAUGURAL

POR

JOAQUIN MARTINEZ

Alumno

de la Escuela de Medicina de México



MÉXICO

IMPRENTA Y FOTOLITOGRAFIA DE LA ESCUELA NACIONAL DE ARTES Y OFICIOS

Primera calle de San Lorenzo

1880

C. J. M. Bandera, sinod. supte.

Facultad de Medicina de México

ESTUDIO

DEL

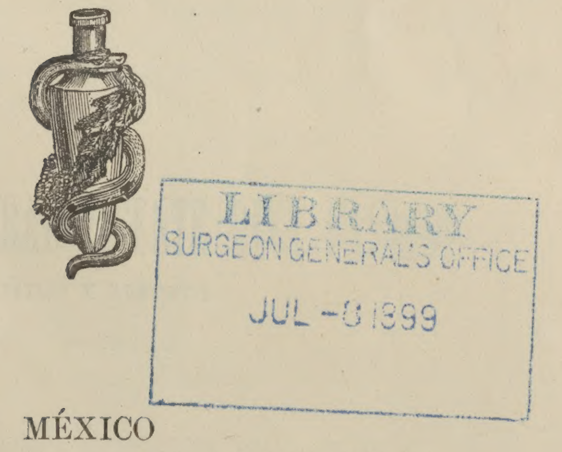
EPITELIOMA Ó CANCROIDE

TÉSIS INAUGURAL

POR

JOAQUIN MARTINEZ

Alumno
de la Escuela de Medicina de México



MÉXICO
IMPRENTA Y FOTOLITOGRAFIA DE LA ESCUELA NACIONAL DE ARTES Y OFICIOS
Primera calle de San Lorenzo

1880

A la memoria de mi Madre

AL SR. LIC. GENERAL VICENTE RIVA PALACIO

GRATITUD Y RESPETO.

Al Sr. Dr. Rafael Lavista

AL SR. DR. FRANCISCO ORTEGA

Director de la Escuela de Medicina.

AL SR. DR. JOSE MARIA BANDERA

ABIDA es por todos la inmensa dificultad con que se tropieza para cumplir con uno de los requisitos indispensables para la adquisicion de un título. Ella es acaso provenida por la falta de conocimientos, ó por la corta experiencia adquirida tan solo durante cuatro años. Vencer la primera, ha sido mi único pensamiento desde el momento en que ingresé al penoso arte de la Medicina; adquirir la segunda, solo lo conseguiria en el trascurso del tiempo.

Ayudado por los esfuerzos del mayor número de mis respepetables, cuanto inteligentes maestros, he podido inculcar en mi memoria algunas de las ideas que ellos, á costa de asíduos trabajos y penosas decepciones, han arrebatado por decirlo así, el arte de Hipócrates: ideas ya desarrolladas y bien estudiadas, para que yo tocase aunque fuera á pinceladas.

Buscando en el inmenso cuadro de las enfermedades, ya retocado por eminentes patologistas, algo que pudiera estudiar, me convencí de lo impotentes que somos los que carecemos de los elementos con que debe contarse para empresa tan delicada, como es en la que se decide el porvenir del estudiante.

Vacilé mucho tiempo en la eleccion de mi estudio para tésis; mas al fin lo fijé en el del *epitelioma*. Comprendo lo difícil que seria ocuparme de él de una manera completa; así es, que úni-

camente me limito al que se sitúa en la piel de la cara, por ser el que mas ha llamado mi atencion.

Espero, pues, que las personas que forman mi jurado, verán con indulgencia este trabajo que presento, para cumplir con este requisito que impone la ley; y en el que de ninguna manera pretendo dar á conocer nada nuevo.

SINONIMIA.

Antiguamente se designaba el Cancroide con las expresiones latinas: Noli me tangere, con el de Chancro maligno, Ulcera roedora, Cáncer cutáneo y Ulcerosa cancerosa primitiva.

Mas tarde fué llamado Cáncer falso, Cáncer epitelial, Epitelioma; y por Lebert, con el de Cancroide, que es el mas usado actualmente.

DEFINICION.

El cancroide es una lesion que se encuentra constituida por la infiltracion en la trama de los tejidos, de elementos epiteliales que se parecen al epitelio normal.

Desde luego, por el nombre con el cual se designa esta afeccion, que quiere decir forma de cáncer, vemos que ha sido confundido con él, y con sus formas mas graves, como el encefaloide y el esquirro. Debemos comenzar por diferenciar estas lesiones fijándonos en sus caractéres tanto anatómicos como clínicos.

Dos cuestiones se nos presentan por resolver bajo el punto de vista anatomo-patológico, que son: ¿hay diferencia real entre el cancroide por una parte y los tejidos cancerosos por otra? y si existe esta diferencia ¿podrá siempre ser apreciada?

Para resolver la primera, el microscopio nos da caractéres

bastante marcados que pueden diferenciarlas, y la diferencia consiste en la diversa forma de las celdillas, en el jugo, en las cavidades ó alveolos del tejido, y en la trama ó armazon del tumor, si nos valemos del nombre vulgar. Estudiémos cada uno de estos caractéres.

1.° FORMA DE LA CELDILLA.

En los tumores cancerosos las celdilas son grandes, de forma esferoidal ó de contornos irregulares; están provistas de núcleos que son voluminosos y á su vez contienen nucleolos. Con frecuencia se nota que hay varios núcleos en una sola celdilla.

En el cancroide las celdillas son aplastadas, regulares, poseen generalmente un solo núcleo pequeño. En una palabra, estas celdillas se parecen á las que se encuentran en el estado normal en la superficie de la lengua, ó en las capas profundas de la epidermis.

2.° CARACTERES DEL JUGO.

En el cancroide es poco abundante, grumoso; diluido con agua se separa formando pequeñas láminas. En los tumores cancerosos, es cremoso, lactecente, y con el agua forma una emulsion homogénea.

3.° CAVIDADES DEL TEJIDO O ALVEOLOS.

En los tumores cancerosos los alveolos son muy pequeños, visibles solamente con un aumento considerable. En el cancroide son grandes, se pueden notar á la simple vista; Virchow los llama macroscópicas por oposicion á los cancerosos que llama microscópicos.

4.° TRAMA.

En el cancroide la trama la forman los tejidos de la region enferma en la cual se implantan las celdillas epiteliales. No sucede lo mismo con los tumores cancerosos, pues la trama de estos es de tejido conjuntivo de nueva formacion.

Estos caracteres que podemos llamar típicos, son suficientes para diferenciar las dos lesiones de que nos ocupamos, y entre

tumores típicos esta diferencia deberá siempre existir; siendo pues, imposible confundir un cancroide de los orificios de las mucosas, con un carcinoma del seno.

La segunda cuestion que es: ¿se podrá apreciar siempre la diferencia que existe entre estos dos estados morbosos? es muy difícil de resolver; porque con mucha frecuencia encontramos tumores que podemos llamar mixtos, atendiendo á sus caractéres que no son bien claros y nos impiden establecer de una manera terminante, si pertenecen á uno ú otro de los tejidos. En efecto, hay encefaloides verdaderos que presentan alveolos perfectamente visibles con la vista natural, tan grandes como las cavidades del cancroide, y existen cancroides que en algunas de sus partes, poseen celdillas que se aproximan mucho á las cancerosas, ó que contienen un líquido cremoso y lactesente análogo al jugo canceroso. Repito en ciertos tumores que por desgracia son frecuentes, tropezamos con dificultades inmensas para clasificarlos en una ó en otra produccion morbosa, por faltarnos un carácter anatómico de valor absoluto para diferencarlos.

Véamos si la clínica puede darnos los caractéres absolutos, que en Anatomía nos faltan, tratándose de tumores que no sean típicos. Los que ella nos da son relativos á la marcha, á la accion del tumor, sobre las glándulas linfáticas, á la infeccion general, á la caquexia y á la curacion.

MARCHA.—El cancroide tiene un modo de desarrollarse lento, tan lento que dura el período de 10 á 15 años en el estado de simple boton, ó bajo la forma de placas. Vemos lo contrario en los encefaloides; generalmente es rápido su desarrollo; cuando mas tardan de 5 á 8 años para su evolucion.

ACCION SOBBE LAS GLÁNDULAS LINFÁTICAS.—Es raro que el cancroide, obre sobre las glándulas y si acaso lo hace, es despues de un tiempo mas ó menos largo. Los tumores cancerosos ejercen sobre ellas una accion que es muy pronta y frecuente.

INFECCION.—Se ha dicho que el cancroide era incapaz de generalizarse, esto es, de multiplicarse en los órganos internos, mientras que el cáncer se generaliza á un grado muy elevado. Este carácter es de gran valor para poder separar una y otra afeccion.

CAQUEXIA.—Por lo que hemos visto en los hospitales, podemos decir, que en el cancroide es rara y se produce despues de mucho tiempo sin alterar profundamente la salud. Los cánceres matan por su malignidad tan notable.

CURACION.—En esto la diferencia es notable. Los tumores cancerosos rarísima vez se curan; no se tiene mas que el caso mencionado por Chelius, de la completa curacion de una de estas enfermedades, así es que en general podemos decir que son incurables. El cancroide al contrario, es susceptible de curarse.

Por lo hasta aquí expuesto podemos concluir que los caractéres tanto anatómicos como clínicos, bastan para distinguir las entidades de que nos venimos ocupando; siempre que se les considere como á los tipos de estas afecciones; pero serán insuficientes aunque de cierto valor cuando se trate de variedades intermedias.

Como dije al principio, mi estudio se limita al cancroide de la piel por ser mas frecuente y porque se presenta con caractéres bien claros para seguirlo paso á paso; y aunque rápidamente diremos algo de la Anatomía y Fisiología patológicas,de su sintomatología, marcha, terminacion, etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento; sirviéndonos de base para su estudio las pocas observaciones recojidas en los hospitales.

ANOTAMIA Y FISIOLOGÍA PATOLÓGICAS.—Generalmente el cancroide es el resultado de una hipergenesis de elementos preexistentes, de una hiperplasia; puesto que lo constituye la infiltracion de celdillas epiteliales en los tejidos; celdillas que por su forma á la vez que por su apariencia, se asemejan á los que se encuentran en la piel y en la cavidad bucal.

Casi siempre la produccion de celdillas epiteliales tiene lugar en puntos donde ellas existen naturalmente; pero tambien suelen presentarse en lugares donde no se encuentran elemenmentos epidérmicos, y tanto aquí como donde hay epitelio, pueden presentarse los mismos caractéres; entonces se dice que hay heterotopia.

De esta variedad no nos ocupamos por no haber tenido ocasion de estudiarla ptácticamente; estudiaremos tan sola lo primera y veamos sus lesiones elementales ó primordiales.

CANCROIDE PAPILAR.—La forma superficial. Se encuentra

la papila como hipertrofiada, y llevándola al campo del micróscopio se nota aumentada de volúmen y recorrida por capilares gruesos y voluminos, mucho mas que en su estado normal. La epidermis mas gruesa forma como vainas, constituidas por la superposicion de laminillas epiteliales numerosísimas; Virchow dice con razon que hasta este momento no hay diferencia entre esta produccion y un simple tumor papilar ó un condiloma.

Mas tarde, á esta lesion que en rigor la constituye la hiperemia, la hipertrofia de las papilas y el engrosamiento de la epidermis, se reune la formacion de elementos epiteliales en el espesor de estas papillas y en la epidermis; y estos elementos, multiplicándose, se comprimen variando de forma y practicando cavidades. Estas cavidades son las que reciben de Virchow el nombre de macroscópicas. Con esto se encuentra ya bien caracterizado el cancroide.

Algunas veces la lesion en lugar de comenzar por las papila se concentra particularmente en la superficie de la piel, pero sin atacar dicha papila, y comenzando siempre por la superficie de la dermis. Entonces la lesion lleva el nombre de *cancroide dérmico*, y pasa lo mismo que en la forma anterior; la epidermis se engruesa, la dérmis se hipertrofia y se infiltra de elementos epiteliales que se forman sus cavidades ó alveolos. Esta forma recibe de Lebert el nombte de *cancroide difuso.*

Las glándulas que están anexas al sistema tegumentario suelen ser atecadas primitivamente, y entonces la lesion está caracterizada por una hipergenesis epitelial interior, que trae consigo la dilatacion de sus paredes, y que, llevada á un grado exajerado, las adelgaza primero, y las destruye en seguida. Una vez destruidas las paredes que contenian los elementos apiteliales, dejan su salida libre, y la verifican entre los tejidos vecinos, invadiéndolos de una manera gradual. Esta variedad es la que algunos autores llaman *cancroide folicular*, pero seria mejor llamarle *glandular*, en atencion que á no es el folículo piloso el único sitio de la lesion, sino tambien la glándulas, ya sean las sudoríparas ó bien las cebáces, pues en ambas la lesion sigue las mismas faces.

Hemos estudiado hasta ahora las lesiones en sus nacimiento, en su primera edad y hemos convenido con Virchow en que

no estaban caracterizadas; pero que sí lo eran desde el momento en que habia infiltracion epitelial en los tejidos. Esto es lo que dá el sér á la produccion morbosa. A este estado lo podemos considerar como el segundo período, ó la edad adulta del cancroide. Estudiémosle en esta época.

Se nos presenta entonces como una verdadera ulceracion de base dura; de un color rojo oscuro debido al desarrollo de capilares, de consistencia firme, elástica. Algunas veces está cubierta de costras amarillentas ó negruzcas, que pueden por su espesor y consistencia semilar verdaderos cuernos.

Si tomamos uno de estos tumores y hacemos un corte con el escalpelo, notamos que el tejido cruge; que la superficie de seccion es densa, seca y como fibrosa. Otras veces el corte no nos dá la misma sensacion, y entonces la superficie de seccion es blanda, blanquizca y como surcada por pequeños vasos. Si con el escalpelo raspamos la superficie del corte, apenas si se extrae un poco de líquido que contiene en suspension algunos grumos, como los que se encuentran en su parenguima.

Volviendo á la ulceracion, lo mas notable es que no afecta jamás la forma circunscrita, ó mas bien dicho, los límites de la lesion no son regulares ni bien marcados. El tejido patológico envía raíces bastante lejos; pero como los tejidos no son todos igualmente atacados, resulta que los límites están representados por una línea sinuosa, la cual nos explica la diversa resistencia de los órganos á la accion destructora ejercida por el tumor.

Examinando los límites superficial y profundamente, encontramos: la piel, alterada en una grande extension; la epidermis se desprende con facilidad; la dérmis es blanca, granulosa é infiltrada de elementos epiteliales en una zona mayor de la que parece á primera vista. Profundamente la propagacion se verifica por el tejido celular, siguiendo la direccion de los vasos y nervios, ó la de los espacios intermusculares.

Pero no solamente estos tejidos son los invadidos por el mal, no hay uno que resista ó su accion; músculos, ligamentos, vasos, aponebrosis y huesos, todos son atacados, aunque de distinta manera segun su resistencia. Así los tejidos fibrosos como aponebrósis, ligamentos etc., resisten menos tiempo; luego arterias, venas y linfáticos, y por último, los huesos cuyos tejidos

acaban por enrarecerse á consecuencia de un procesus análogo al de la caries.

Las lesiones de que rápidamente nos hemos ocupado, son las que se encuentran comunmente en el mayor número de casos; nos falta para terminar decir algo acerca de la infeccion ganglionar y la general.

La infeccion ganglionar es rara, y sobre todo, si se presenta, es al fin del proceso patológico, siempre que éste no haya sido estorbado en su desarrollo.

La infeccion ganglionar siendo rara, lo es mas aún la general; y si se encuentran individuos con cancroides múltiples sobre varios puntos del legumentos externo, esto no implica la necesidad de una infeccion general.

Cuando la infeccion se extiende á los ganglios, éstos no son igualmente atacados en sus diversas partes constituyentes. La trama como mas delicada no presenta resistencia á los elementos desarrollados, en su seno; es decir, á la hipergenesis epitelial. La concha fibrosa del ganglio resiste mas tiempo al producto morboso; pero llega un momento qne se gasta, se adelgaza y se rompe. Cnando la ulceracion ha llegado hasta la piel, y la ha destruido, escurre una sustancia líquida que se asemeja al pus. Este trayecto festuloso sin tendencia á la cicatrizacion, sufre la ulceracion y toma los carácteres del cancroide.

ESTUDIO DE LOS SÍNTOMAS.—El principio del cancroide es variable segun la forma que afecte; así es que debemos estudiar los síntomas de cada una de estas formas, para lo cual escogeremos casos en que tengan por sitio la superficie tegumentaria que son los que han llamado mas nuestro atencion.

El lábio inferior parece ser el preferido para la localizacion del cancroide, y en él comienza por formar una saliente himisférica, producida bien por la papilas hipertrofiadas envueltas en una vaina epidérmica, bien por granulaciones reunidas en número variable, de un color mas ó menos rosado, dependiendo del número de capilares dilatados: esta *es la forma papilar.*

Una escamita epidérmica de bordes difíciles de limitar por confundirse insensiblemente con la piel de las partes próximas, es otro modo de iniciarse del cancroide. Despues suele ser esta escamita bastante gruesa y estonces sobresale de lo demás: otras

parece estar encasquillada en la piel; pero de cualquier manera que sea, la superficie es blanda, desigual en algunos casos; seca, hundida y como nacaradas algunas veces: *forma escamosa* se llama esta.

Toma tambien la apariencia de un tubérculo que sobresale de la piel, hemisférico, de volúmen variable, lobular, de un color rosado. A este se le dá el nombre de *forma tuberculosa.*

Cualesquiera que sea la forma que afecte su presencia no causa al individuo mas molestia que una comezon ligera, insignificante. Usa de las manos como medio natural para quitarse la molestia y llega á descubierto la superficie granulosa del umor á consecuencia de haberse desprendido su película. Esta no tarda en formarse de nuevo para ser despues desprendida por el mismo motivo que la anterior. Pueden pasarse meses sin que el paciente tenga otra cosa; pero al cabo del tiempo se produce una ulceracion superficial de lo cual escurre un líquido que se concreta sobre ella formando costras de un color amarillo, ceniciento ó negro. Producen una comezon que no tolera el enfermo, y cediendo al deseo de rascarse, las aranca; suelen á veces caer solas. Sea de uno ú otro modo, se reproducen despues de algunos dias, siempre con detrimento del tegumento, pues la ulceracion sigue su curso.

En este estado es como suelen presentarse los enfermos, cuando el mal ha progresado bastante, pero que ellos no le dan la importancia que merece, y dejan pasar años sin poner un límite á su enfermedad, ó por lo ménos sin tratar de remediarla, perdiendo así la oportunidad de su curacion, pues es la época mas favorable para ella como veremos adelante.

Volvamos por ahora á la ulceracion que es la que nos da por sus caractéres tan notables, los datos mas importantes para el diagnóstico. Tiene una extension que varía de uno á diez y mas centímetros; fondo tallado irregularmente en unos puntos, en otros las yemas carnosas pasan el nivel de las partes que las rodean; de nn color rojo ó gris, y secreta un líquido fétido.

Los bordes son salientes, desiguales, duros, sembrados de algunas yemas caruosas. Por el lado correspondiente á la úlceracion están húmedos; secos por la parte periférica, y además, cubiertos de costras formadas por la desecacion del humor que escurre de la misma úlcera.

En la parte escavada del fondo se presenta algunas veces una materia blanquisca, caseosa, constituida por un detritus epitelial. Esta materia puede extraerse y llevarse al microscopio cuando haya duda en el diagnóstico. Basta haberla visto una sola vez para no desconocerla.

Si la ulceracion sigue adelante puede alcanzar las partes profundas sobre las que se sitúa y que le sirven de base, llevando su accion hasta los huesos que ataca, corroe y destruye. Los tabiques huesos desaparecen, estableciendo comunicaciones entre cavidades tales como la boca y las fosas nasales.

Por último, la ulceracion se llena de yemas carnosas que pasan al nivel de las partes sanas, ó se hace mas y mas hueca (anfractuosa). A la primera se le llama *vegetante*, y á la segunda *úlcera roedora.*

MARCHA, TERMINACION.—En la marcha del cancroide hay que considerar el sitio y la naturaleza de la lesion, pues influyen de una manera notable. Para el que se sitúa en la piel, los carrillos ó la nariz, la marcha es muy lenta; pero para el que ocupa las mucosas ó sus orificios, es muy rápida.

En cuanto á su naturaleza, vemos la forma dérmica recorrer rápidamente sus períodos, en tanto que la papilar la hace con lentitud. En general se puede decir que la marcha es lenta. Boyer dice haber visto un caso en el que el boton primitivo tardó veinte y cinco años para ulcerarse.

En la marcha debemos mencionar el engurgitamiento ganglionar y la caquexia. Para los primeros la época de su aparicion varía. Algunos que de este asunto se han ocupado, le señalan un período de tres á cuatro años; otros de dos á tres.

A la caquexia la consideran como rara, y aun cuando llegue á presentarse en algunos casos, no es comun que cancroides secundarios se desarrollen en los órganos internos.

Una de las terminaciones mas frecuentes es la muerte, favorecida por alguna complicacion ó por ulceraciones especiales, que dependen del sitio de la lesion. Así un cancroide del exófago mata por inanicion, antes que la afeccion progrese.

Otra es la gangrena que á veces existe solamente en alguna parte del tumor, lo cual no impide la terminacion fatal.

Una cicatrizacion parcial puede presentarse en el tu mor, pe-

ro influir muy poco á favor de la lesion por ser solamente temporal dicha cicatriz.

Por último, la curacion es otra manera de como termina el cancroide, sea por operacion ó sin ella, como veremos al hablar de tratamiento.

ETIOLOGÍA.—Las causas las dividiremos en *predisponentes* y *ocasionales*. Nos ocuparemos de las primeras, que son la herencia, el sexo y la edad.

HERENCIA.—Cuando existe esta causa es muy complexa; unas veces la lesion en los ascendientes es de la misma naturaleza; es decir, cancroide; pero otras es una manifestacion cancerosa como el encefaloide ó el esquirro. A un cancroide le puede suceder una lesion cancerosa de peor carácter.

SEXO.—Hay mas predisposicion en el hombre que en la mujer; pues una estadística que reune 250 casos, muestra que han sido atacados, hombres 187 y mujeres 63. A la vez tiene influencia sobre el sitio de predileccion que es el lábio inferior del cual los $\frac{9}{10}$ de casos pertenecen al hombre.

EDAD.—El cancroide es una afeccion de la segunda mitad de la vida. Entre los cuarenta y cincuenta años es cuando aparece mas frecuentemente. Las probabilidades de contraerlo aumentan con la edad, y esta influye poco sobre el sitio de la lesion.

En cuanto á las ocasionales casi siempre una irritacion constante es la causa del mal; pero necesita forzosamente la predisposicion natural del individuo.

Debemos mencionar que la clase pobre de nuestra sociedad, y las personas que descuidan su aseo son mas fácilmente atacadas.

SITIO.—La piel es el lugar preferido por el cancroide, mas que cualesquier otro del organismo, y de todos sus puntos, la cara. El mayor número de ellos se encuentra en los lábios, y en escala descendente ataca primero á la cavidad bucal, luego á los carrillos, la nariz y los párpados.

Tambien es de observarse que aun de los lábios escoge el inferior y de este sumitad izquierda. Algunos se explican esto por el hábito de fumar, y fumar pipa principalmente; pero es probable que no dependa de eso, porque se encuentran cancroides en

individuos que no fuman. Hay mas; en algunos países donde las mujeres usan el tabaco como el hombre, es muy raro encontrar en sus lábios esta enfermedad. Hasta hoy no podemos dar otra explicacion que el admitir en el hombre cierta predisposicion natural para el cancroide del lábio inferior.

DIAGNÓSTICO.—El epitelioma ó cancroide por los caractéres con que se presenta en sus diversos períodos, puede ser confundido con otras lesiones, por lo que importa fijarse en cada una de ellas; y para proceder con órden estudiarémos el diagnóstico diferencial en el período de aparicion y en el de ulceracion.

En el primer período hemos visto que puede tomar la forma papilar, la escamosa ó la tuberosa. Véamos las afecciones con las cuales pueda confundirse.

Las verrugas similan demasiado el principio de un cancroide; á tal grado, que cirujanos notables las han confundido, pues no hay un carácter esencial para diferenciarlas. Sin embargo, podemos preveer lo grave del caso siempre que estas verrugas se presenten en personas avanzadas en edad; que sufran descamaciones repetidas, y tambien cuando á la descamacion suceda una ulceracion por superficial que parezca.

La acnea sebácea por su duracion larga; por el aspecto de las costras que cubren la piel, y las cuales tambien caen y se reproducen, puede confundirse con el cancroide. La aparicion de folículos sebáceos que siguen á la aparicion de las costras por un lado, y por otro el estado de la piel que es normal despues de la caida de dicha costra, bastan para evitar el error. Además, el tratamiento tópico que en estos casos se emplea, hará desaparecer cualquiera sospecha, pues en caso que sea ácnea se modificará, y en el otro, no.

El condiloma es á veces el punto de partida del cancroide; por este motivo es muy importante fijarse en sus caractéres. El estar fijo á la piel merced á pedículos secundarios y terciarios, que le dan una apariencia ramificada, es bastante para no confundirlo.

Los tubérculos del lúpus se distinguen del cancroide tuberoso en que son múltiples, aplastados, rojos, incoloros, y se presentan en individuos jóvenes. El cancroide tuberculoso es úni-

co, duro, produce comezon intolerable y se presenta en personas avanzadas en edad.

La sifílide tuberculosa con la que se podria confundir tambien el cancroide, se distingue por los antecedentes y por la coincidencia con otras manifestaciones sifilíticas.

En el segundo período, el ulcerático, es donde se ha confundido mas la afeccion que nos ocupa, dando lugar á errores notables. Las úlceras sifilíticas y escrofulosas, no obstante sus caractéres tan bien estudiados, han sido confundidas con el cancroide.

La úlcera sifilítica por el aspecto de su superficie, la dureza de su base y el enjurgitamiento ganglionar, se le ha confundido con el cancroide, cuando no viene acompañada de otra manifestacion sifilítica. La dificultad para el diagnóstico es mayor cuando se trata de úlceras recientes, que para cuando la enfermedad data de mas de un año, pues entonces si no ha habido accidentes secundarios, es claro que se trata del cancroide. En caso de duda basta sujetar al enfermo un poco de tiempo á un tratamiento mercurial; para que en caso que sea chancro, se modifiqne; pero si es cancroide no se nota ninguna modificacion.

Las ulceraciones escrofulosas que acompañan al lúpus, especialmente las de los lábios, dan lugar á confusion y dificultades que desaparecen teniendo bien presentes todos sus caractéres. Recordaremos que ocupan mas bien el lábio superior; que su fondo es rojo, los bordes blandos y de color rosado, no son dolorosas y se presentan con mas frecuencia en individuos jóvenes.

Por último, diremos que siempre que la úlcera se presente con caractéres que no estén bien marcados, y por lo tanto haya confusion con alguna otra afeccion, debemos llevar al microscopio alguna parte de la superficie de dicha úlcera en la que se encontrarán los elementos epiteliales.

PRONÓSTICO.—De una manera general podemos decir, que el cancroide no es una de las enfermedades mas graves, como se podria creer cuando se le denominaba cáncer. Puede existir durante varios años sin traer grandes perturbaciones en la salud. Es susceptible de curar definitivamente.

Observaremos tambien que segun el lugar donde se sitúa,

puede ser mas ó menos peligroso. El que se presenta en la nariz ó los carrillos, por ejemplo, se desarrolla con una lentitud extrema, y guardando el individuo un estado general satisfactorio: no sucede lo mismo con el cancroide de la lengua, es muy pernicioso y pronto acaba al paciente.

Tratamiento.—Antiguamente se consideraba el cancroide como uno de los males refractarios á los medicamentos, y solo se le concedia alguna probabilidad de curacion cuando era operable, teniendo siempre en cuenta las reincidencias que eran casi seguras segun los autores tanto antiguos coma modernos.

Preocupados nosotros con la idea de los antiguos, que á propósito de la enfermedad en cuestion, recordaban las palabras noli me tangere, dábamos una gran importancia á sus palabras y seguiamos con sus ideas; hasta que últimamente hemos conocido los trabajos de Mr. Bergeron acerca del tratamiento del cancroide por el clorato de potasa. (Boletin de la Academia de Médicina.

En el hospital de San Pablo nos encontramos un dia con un individuo afectado de cancroide, y ensayamos el tratamiento de clorato de potasa, con éxito.

Otra ocasion se presentó en el de San Andrés, al servicio de la sala de cirujía de mujeres, á cargo del Sr. Dr. M. Dominguez, una mujer atacada de epitelioma en la lengua. Era algo avanzada en edad, y tenia hacia ya tiempo su enfermedad, que habia sido tratada por varios médicos sin ningun alivio para ella. Aplicado que fué el clorato de potasa al interior, comenzó inmediatamente á mejorar. Esto me decidió seguir el tratamiento durante un mes que dicha enferma estuvo á mi cargo, yendo siempre en mejoría. Abandonó el hospital, por lo que no pude seguir la observacion; pero lo cierto fué, que con el clorato de potasa se mejoró notablemente su padecimiento y la puso en condiciones de poder continuar su vida ordinaria.

Por otra parte, á las observaciones de Bergeron, debemos añadir las de Leblanc y las efectuadas por Milan y H. Cooke, que experimentaron sobre el hombre con éxito, una vez cada uno.

Por todo lo dicho, creemos que si las observaciones hechas hasta aquí, y los casos de curacion logrados, no son suficientes

para considerar el clorato de potasa como remedio seguro y cierto del cancroide, sí por lo menos llamamos la atencion sobre él, pues su empleo no debe olvidarse.

El empleo de esta sustancia puede ser al interior ó al exterior. En algunos casos interiormente es la única manera de aplicarlo, como cuando se trata de lesiones del estómago ó del exófago y que se supongan de naturaleza cancroidea.

Cuando el epitelioma esté en la boca, la administracion del clorato de potasa al interior será muy favorable, pues eliminándose éste por la saliva lo pone en contacto con los diferentes puntos de dicha cavidad.

En general se prefieren las aplicaciones tópicas, aplicando sobre la parte enferma un pincel mojado en una solucion saturada de la sal, ó si es posible ponerlo en contacto permanentemente.

La dósis á que debe darse este medicamento es de 0.gr 50 diarios, elevándola hasta 2 ó 3gr cuando mas, porque se sabe que una dósis mayor no es tolerada por las vías digestivas.

Dijimos al principio, que el último recurso á que se apelaba antiguamente, era el operar estas producciones. En efecto, son operables aun cuando sean muy voluminosas, y que el tumor haya invadido á los huesos y á las glándulas linfáticas. Estas condiciones reunia el operado por Bauchet de un cancroide del lábio inferior y del que refiere haber sido necesario resecar una parte del maxilar y extraer varias glándulas alteradas.

Para obtener una curacion definitiva en el caso de operacion, se debe tener presente el principio de: *Operar en tiempo oportuno* y *ampliamente.* Es decir, desde el momento que existe un boton sospechoso, la operacion está indicada por lo que es indispensable saber el diagnóstico diferencial para no ir á ejecutar una operacion cuando y en donde quizá no habria necesidad.

La segunda recomendacion es operar ampliamente; esto es, no respetar ninguna parte sospechosa de los tejidos y rodean á la lesion. Muchas veces, por obtener un colgajo regular y reunir con facilidad los bordes de la herida, se han dejado partes enfermas aunque no en apariencia, que mas tarde han sido la causa de la reincidencia del mal.

Con el fin de cumplir este precepto se recomienda no tan so-

lo destruir los tejidos sospechosos, sino tambien que, una vez encontrada la línea de separacion, destruir un poco el tejido sano que se encuentra en contacto con el alterado.

Por lo anterior conviene pues, saber apreciar la extension del tumor para lo cual se examina superficial y profundamente.

Superficialmente se deben notar las salientes que haya por insignificantes que parezcan; el enrojecimiento que rodea al tumor; un ligero aumento en el espesor de la capa epidérmica; todo esto indica que la piel está alterada.

Profundamente por el tacto se puede uno asegurar si hay prolongamientos que se avancen en los tejidos, recordando que siguen los espacios intercelulares.

Una vez estirpado el tumor es necesario cerciorarse de si ha sido en su totalidad, para lo cual se deben practicar varios cortes en distintos sentidos, siguiendo las huellas hasta el tejido sano, y si por acaso no ha sido estirpado en su totalidad, se puede volver con el bísturi ó hacer mas tarde aplicaciones cáusticas.

De estas diremos solamente que si se hacen deben ser enérgicas para que se destruyan en una sola cauterizacion todos los tejidos enfermos; pues si hace solo sobre una parte del tumor, lo que se consigue es acelerar su marcha.

Las sustancias cáusticas mas empleadas son, las pastas arsenicales muy usadas por los alemanes, la pasta de Canquoin y el cáustico de filhos.

Se hace uso tambien de la pyrotecnia quirúrgica, por medio de los cauterios actuales, siendo muy ventajoso el de Paquelin.

Los cauterios eléctricos pueden utilizarse, y para esto se hace uso del galvano-cáustico térmico ó de la electrolysia.

Las sustancias escaróticas no deben emplearse cuando el cancroide sea de base dura, profunda, difusa, por ser incierta su accion.

De todo este estudio podemos sacar las conclusiones siguientes:

1.ª El cancroide ó epitelioma es una afeccion distinta de las afecciones cancerosas.

2.ª Es posible distinguir un cancroide de un tumor canceroso.

3.ª Dado un tumor de la variedad intermedia, la clasificacion en alguna de las dos afecciones, será tanto mas difícil, cuanto mas se aproxime á una ú otra.

4.ª En los tumores intermedios los caractéres anatómicos y élínicos son insuficientes para establecer un diagnóstico precisc.

5.ª El cancroide es curable en muchas ocasiones.

México, Agosto de 1880.

J. C. Martinez.